STAATSCOURANT
Officiële uitgave van het Koninkrijk der Nederlanden sinds 1814.
Nr. 45877
17 december 2015

Regeling multidisciplinaire zorg

Vastgesteld op 8 december 2015
REGELING NR/CU-742

Ingevolge artikel 36, 37 en 38 en artikel 40 lid 4 van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg), is de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) bevoegd tot het vaststellen van regels op het gebied van de multidisciplinaire zorg.

Artikel 1. Reikwijdte

Deze regeling is van toepassing op zorgaanbieders die multidisciplinaire eerstelijnszorg aanbieden zoals omschreven bij of krachtens de Zorgverzekeringswet (Zvw).

Artikel 2. Doel

Deze regeling heeft tot doel het stellen van de navolgende voorschriften met betrekking tot de multidisciplinaire zorgverlening chronische aandoeningen (DM type 2, VRM, COPD, Astma):
– Declaratievoorschriften;
– Administratievoorschriften teneinde de ontwikkelingen van multidisciplinaire zorgvormen voor de chronische aandoeningen DM type 2, VRM, COPD en Astma en de daaruit volgende resultaten in de zorgverlening in relatie tot de betaalbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit van de zorg te kunnen volgen, toetsen en evalueren;
– Transparantievoorschriften teneinde te bewerkstelligen dat consumenten tijdig en zorgvuldig geïnformeerd worden over de eigenschappen van de betreffende prestatie met het oog op doeltreffendheid, juistheid, inzichtelijkheid en vergelijkbaarheid van de informatie. Met deze informatie kunnen patiënten een weloverwogen keuze maken voor het aangaan van een overeenkomst met betrekking tot ketenzorg.

Artikel 3. Begripsbepalingen

In deze regeling wordt verstaan onder:
3.1 *Prestatie*
Met de prestatie wordt in deze regeling (een van) onderstaande prestaties bedoeld.
– Multidisciplinaire zorg DM2/VRM
– Multidisciplinaire zorg COPD/Astma.
Voor een nadere toelichting op de inhoud van deze prestaties wordt verwezen naar beleidsregel Huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg.
3.2 *Multidisciplinaire (eerstelijns)zorg*
Zorgverlening waarbij zorgaanbieders van diverse disciplines in samenwerking met de patiënt in onderlinge samenhang zorg verlenen, waarvan huisartsenzorg een onderdeel is.
3.3 *Ketenzorg*
Multidisciplinaire programmatische zorgverlening voor chronisch zieken.
3.4 *Standaard voor zorgstandaarden*
Het model voor zorgstandaarden bij chronische ziekten dat is ontwikkeld door het coördinatieplatform zorgstandaarden.
3.5 *Zorgstandaard*
Een zorgstandaard geeft vanuit het patiëntenperspectief een op actuele en zo mogelijk wetenschappelijk onderbouwde inzichten gebaseerde functionele beschrijving van de multidisciplinair georganiseerde individuele preventie, zorg en ondersteuning bij zelfmanagement voor een bepaalde chronische ziekte gedurende het complete zorgcontinuüm, alsmede een beschrijving van de organisatie van de betreffende preventie en zorg en de relevante prestatie-indicatoren.
3.6 *Zorgmodule*
Deze beschrijft een generieke component in de zorg voor mensen met een chronische ziekte. Een generieke component onderscheidt zich van een ziektespecifieke doordat hij op meer dan één chronische ziekte van toepassing kan zijn.
3.7 *Zorgaanbieder*
De natuurlijke persoon of rechtspersoon die beroeps- of bedrijfsmatig zorg verleent, als bedoeld in artikel 1 aanhef en onder c van de Wmg.
3.8 *Hoofdcontractant*
De hoofdcontractant is de zorgaanbieder die de onder 3.1 beschreven prestatie(s) contracteert, levert en het overeengekomen tarief voor deze prestatie declareert.

3.9 *Onderlinge dienstverlening*
Indien meerdere zorgaanbieders gezamenlijk en in onderlinge afstemming de onder 3.1 omschreven prestatie leveren, dan wordt de levering van de deelprestaties aangemerkt als onderlinge dienstverlening.
3.10 *'In zorg'*
De patiënt is 'in zorg' indien hij, voor de bij hem/haar bestaande chronische aandoening zorg ontvangt waarvan inhoud en levering overeenkomen met (een van de) in artikel 3.1 bedoelde prestaties.
3.11 *Tarief*
Het tarief is de overeengekomen prijs voor de onder 3.1 omschreven prestatie.
3.12 *Minimale Dataset (MDS)*
Gegevens betreffende de zorg welke geregistreerd dienen te worden voor patiënten met een bepaalde chronische ziekte met als doel de effectiviteit te kunnen vaststellen.
3.13 *De beleidsregel*
De beleidsregel 'Huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg'.

Artikel 4. Declaratie

4.1 Hoofdcontractant
De hoofdcontractant dient over de competenties te beschikken (c.q. deze competenties te hebben gecontracteerd) om de basisvoorziening huisartsgeneeskundige zorg te kunnen aanbieden.

4.2 Declaratiewijze zorg vallende binnen de te verzekeren prestaties Zvw en zorg vallende buiten de te verzekeren prestaties Zvw[1]
De declaratie van het tarief omvat twee vergoedingscomponenten:
- Zorgonderdelen die vallen onder de te verzekeren prestaties op grond van de Zorgverzekeringswet
- Zorgonderdelen die vallen buiten de te verzekeren prestaties op grond van de Zorgverzekeringswet

4.2.1 Zorgonderdelen die vallen onder de te verzekeren prestaties op grond van de Zorgverzekeringswet
De hoofdcontractant declareert de vergoedingscomponent die onder de te verzekeren prestatie(s) valt en welke vastgelegd is in de overeenkomst genoemd in art. 4.3, integraal aan de ziektekostenverzekeraar of de patiënt. Dit gedeelte van het tarief kan door de hoofdcontractant gedeclareerd worden voor alle patiënten vallende onder dit deel van de te verzekeren prestatie.

4.2.2 Zorgonderdelen die vallen buiten de te verzekeren prestaties op grond van de Zorgverzekeringswet
Hierbij zijn twee mogelijkheden:
- De hoofdcontractant declareert, naast de component als onder 4.2.1 gesteld, de vergoedingscomponent die buiten de te verzekeren prestaties valt aan de ziektekostenverzekeraar of patiënt indien en voor de duur dat de component geleverd wordt.
- Een tweede mogelijkheid is dat de zorgaanbieder die de deelprestatie levert, onafhankelijk van de hoofdcontractant, dit deel van de prestatie declareert bij de patiënt of de ziektekostenverzekeraar. In dit geval is declaratie alleen mogelijk middels andere Wmg-regelgeving (consulten, zittingen, etc.) en als er geen sprake is van samenloop van zorg danwel dubbele bekostiging.

4.3 Declaratie door hoofdcontractant
Om de onder 3.1 omschreven prestatie(s) te declareren dient er een schriftelijke overeenkomst te zijn gesloten tussen de hoofdcontractant en de ziektekostenverzekeraar.
In deze overeenkomst is tenminste opgenomen:
- het overeengekomen tarief;
- de inhoud van de onder 3.1 van de beleidsregel omschreven prestatie(s);
- de medisch specialistische zorg die geacht wordt onderdeel uit te maken van de betreffende prestatie(s).
- het aandeel van het totale tarief dat toe te rekenen is aan de drie volgende componenten: huisartsgeneeskundige zorg; niet-huisartsgeneeskundige zorg; overhead/coördinatiekosten.

De prestatie als omschreven in artikel 3.1 van deze regeling wordt door de hoofdcontractant, met inachtneming van bovenstaande bepalingen, in rekening gebracht bij de zorgverzekeraar of de patiënt aan wie de prestatie is geleverd.

4.4 Moment van declareren van de prestatie
Wanneer de patiënt 'in zorg' is wordt de prestatie gedeclareerd;

[1] In het rapport van CVZ 'Zorgstandaarden, ketenzorg in de eerste lijn en de te verzekeren prestaties Zvw' is meer duidelijkheid gegeven welke zorg te verzekeren prestaties betreft en welke niet.

Het overeengekomen tarief dient per kwartaal[2] in rekening te worden gebracht; Het tarief per kwartaal kan door de hoofdcontractant in rekening worden gebracht voor die patiënten die op de eerste dag van dat kwartaal in zorg zijn.

4.5 Onderlinge dienstverlening

4.5.1 Hoofdcontractant

Indien sprake is van onderlinge dienstverlening, dan verdeelt de hoofdcontractant het overeengekomen tarief onder de zorgaanbieders die bij de keten betrokken zijn, volgens de (contract)afspraken die hij met hen heeft gemaakt.

4.5.2 Ondercontractant

Indien sprake is van onderlinge dienstverlening met betrekking tot zorg behorende tot de te verzekeren prestaties Zorgverzekeringswet, dient de zorgaanbieder die de deelprestatie levert deze uitsluitend in rekening te brengen aan de hoofdcontractant die de prestatie als bedoeld onder 3.1 heeft gecontracteerd. Deze hoofdcontractant declareert bij de ziektekostenverzekeraar of patiënt.

Indien de onderlinge dienstverlening zorg betreft buiten de te verzekeren prestaties Zorgverzekeringswet, kan de declaratie via de hoofdcontractant verlopen. De zorgaanbieder die de deelprestatie levert kan in plaats daarvan ook zelfstandig de zorg in rekening brengen bij de patiënt of de ziektekostenverzekeraar. Indien de zorgaanbieder die de deelprestatie levert deze zelf declareert, is alleen declaratie middels andere Wmg-regelgeving mogelijk (consulten, zittingen, etc.).

4.5.3 Tarief onderlinge dienstverlening

De tarieven voor onderlinge dienstverlening zijn vrij.

Artikel 5. Declaratiebepalingen betreffende samenloop

5.1 Samenloop met de eerstelijns zorg

De zorg binnen de eerste lijn die geacht wordt onderdeel uit te maken van of gelijkwaardig te zijn aan de prestatie als bedoeld onder 3.1 van deze beleidsregel wordt niet naast eerdergenoemde prestatie voor dezelfde patiënt gedeclareerd.

5.2 Eerder beëindigen Innovatie- experiment ten behoeve van nieuwe zorgprestaties

Hoofdcontractant en zorgverzekeraar mogen in onderling overleg te allen tijde besluiten hun experiment, dat loopt op basis van Beleidsregel ‘Innovatie ten behoeve van nieuwe zorgprestaties’, eerder te beëindigen en volgens de beleidsregel ‘Huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg’ de genoemde prestaties gaan bekostigen.

5.3 Multimorbiditeit bij multidisciplinaire zorgverlening chronische aandoeningen

De twee prestaties zoals vermeld onder 3.1 beschrijven een zorgtraject voor twee ziektebeelden die gezamenlijk bij één patiënt kunnen voorkomen. Het is zorgverzekeraars en zorgaanbieders toegestaan om een gedifferentieerd tarief af te spreken, bijvoorbeeld drie tarieven voor patiënten met de ene, de andere of beide ziektebeelden.

Artikel 6.

Administratievoorschriften

Artikel 6.1 Minimale Dataset

De hoofdcontractant registreert, naast de administratievoorschriften als bedoeld in artikel 36, eerste lid, Wmg, de volgende gegevens volledig en naar waarheid:
De indicatorensets zoals deze worden gehanteerd bij de landelijke benchmark ketenzorg, een gezamenlijk initiatief van Ineen en Zorgverzekeraars Nederland. De landelijke benchmark meet zorginhoudelijke indicatoren voor de drie chronische aandoeningen DM2, COPD, VRM en Astma (vanaf 2015). De inhoud van de landelijke benchmark is gebaseerd op de landelijke indicatorensets van het NHG en de platforms voor zorgstandaarden. De indicatorensets uit de landelijke benchmark zijn te vinden op de website van InEen www.ineen.nl en bestaan uit proces- en uitkomstindicatoren.

Artikel 6.2 Registratie Contactmomenten

De hoofdcontractant draagt zorg voor registratie van de contactmomenten tussen huisartsgeneeskundige zorgverleners en patiënt, die zorginhoudelijk verband houden met de zorg die via de ketenprestatie is ingekocht. Dit biedt de zorgverzekeraar een mogelijkheid om te controleren of zorg die reeds via de keten wordt bekostigd niet separaat via de bekostigingssystematiek van de individuele zorgaanbieders in onderaannemerschap wordt gedeclareerd.

[2] Het kwartaaltarief is een kwart van het overeengekomen jaartarief.

Artikel 7. Transparantievoorschriften

7.1 Zorgaanbieder

7.1.1 Verplichting zorgaanbieder

Een hoofdcontractant, welke de prestatie contracteert, levert en declareert bij de ziektekostenverzekeraar of de patiënt, maakt openbaar wat de aanbiederspecifieke invulling van de desbetreffende prestatie is. De hoofdcontractant zal dit conform de structuur van de standaard voor zorgstandaarden doen.

De hoofdcontractant geeft aan dat prijsinformatie van de prestatie(s) terug te vinden is via de ziektekostenverzekeraar waar hij mee samenwerkt.

7.1.2 Voorwaarden zorgaanbieder

De in artikel 7.1.1 omschreven openbaarmaking voldoet aan de volgende voorwaarden:

De informatie is voldoende toegankelijk voor consumenten; de informatie is daarom:

- zichtbaar aanwezig in de wachtruimte van de zorgaanbieder;
- via post te verkrijgen wanneer de consument daar om vraagt;
- op de website van de aanbieder te vinden wanneer deze een website heeft.

De hoofdcontractant draagt er zorg voor dat de betrokken zorgaanbieders de benodigde informatie kunnen verstrekken aan consumenten op de bij hierboven genoemde manieren.

De informatie is tijdig beschikbaar voor de consument zodat deze in staat is de noodzakelijke keuzes te maken.

De beschikbare informatie is actueel en vermeldt een ingangsdatum waarop deze in werking treedt. De ingangsdatum geldt voor alle onderdelen van de prestatie.

7.2 Ziektekostenverzekeraar

7.2.1 Verplichting ziektekostenverzekeraar

Een ziektekostenverzekeraar die de onder artikel 3.1 genoemde prestatie(s) contracteert, maakt op een voor de consument begrijpelijke manier prijsinformatie van de prestatie(s) openbaar.

Bij deze openbaarmaking dient in ieder geval te worden opgenomen:

- prijs van de prestatie en opbouw van het gedeelte dat buiten de basisverzekering valt.

Bij de openbaarmaking wordt rekening gehouden met de door de ziektekostenverzekeraar aangeboden (aanvullende) verzekeringsvormen.

7.2.2 Voorwaarden ziektekostenverzekeraar

De in artikel 7.2.1 gevraagde openbaarmaking voldoet aan de volgende voorwaarden:

De informatie is voldoende toegankelijk voor consumenten; de informatie moet daarom:

- Via post te verkrijgen zijn wanneer de consument daar om vraagt;
- Op de website vermeld zijn van de ziektekostenverzekeraar wanneer deze een website heeft.

De opgevraagde informatie is tijdig beschikbaar om de noodzakelijke keuzes te kunnen maken. Dit betekent dat binnen 5 werkdagen na het verzoek om de informatie, de consument deze in handen heeft.

De beschikbare informatie is actueel, bevat de meest recente prijzen en vermeldt een ingangsdatum waarop deze in werking treedt. De ingangsdatum geldt voor alle onderdelen van de prestatie.

De prijs van de prestatie geldt voor de duur van het betreffende kalenderjaar.

Artikel 8. Intrekking oude regeling

Gelijktijdig met de inwerkingtreding van deze regeling wordt de regeling ‘multidisciplinaire zorg’, met kenmerk NR/CU-727, ingetrokken.

Artikel 9. Overgangsbepaling

De regeling ‘multidisciplinaire zorg’, met kenmerk NR/CU-727, blijft van toepassing op gedragingen (handelen en nalaten) van zorgaanbieders die onder de werkingssfeer van die regeling vielen en die zijn aangevangen – en al dan niet beëindigd – in de periode dat die regeling gold.

Artikel 10. Inwerkingtreding en citeertitel

Deze regeling treedt in werking met ingang van 1 januari 2016. Ingevolge artikel 20, tweede lid, onderdeel a, van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) zal deze regeling in de Staatscourant worden geplaatst.

De regeling kan worden aangehaald als de ‘Regeling multidisciplinaire zorg’.

Nederlandse Zorgautoriteit,
M.J. Kaljouw
voorzitter Raad van Bestuur

TOELICHTING

Artikel 1 Reikwijdte

Deze regeling bevat verplichtingen voor zowel zorgaanbieders als ziektekostenverzekeraars. Alle zorgaanbieders-disciplines kunnen in principe betrokken zijn bij multidisciplinaire zorgverlening.

Artikel 3 Begripsbepalingen

De zorgstandaarden en -module waarnaar verwezen wordt, zijn terug te vinden op de volgende sites:
www.zorgstandaardindepraktijk.nl
www.diabetesfederatie.nl
www.platformvitalevaten.nl
www.longalliantie.nl

3.1 Prestatie

De prestaties houden zorgverlening in waarbij zorgaanbieders van diverse disciplines de zorgonderdelen in samenhang en in samenwerking met de betreffende patiënt aan de patiënt leveren.

Middels bovengenoemde prestatie kunnen de kosten van de zorgverlening worden gedeclareerd van de huisarts, praktijkondersteuner huisartsen, Master of Advanced Nurse Practice MANP (vroegere naam: nurse practitioner), *physician assistant* huisartsgeneeskunde, verpleegkundig specialist, medisch specialist, diëtist, maar ook van andere zorgaanbieders betrokken bij de zorgverlening. De bekostiging betreft alle zorgkosten die volgens de onderliggende zorgstandaard direct samenhangen met de betreffende aandoening. Het gaat dus ook om andere met de betreffende aandoening samenhangende zorgvragen.

Uitgezonderd zijn echter:
– Acute zorgvragen tijdens de ANW uren. Deze worden bekostigd middels de tarieven voor prestaties in avond, nacht en weekend.
– Diagnostiek betreffende het vaststellen van de diagnose (DM type 2, COPD, Astma) of van het verhoogde risico (VRM) en eerstelijnsdiagnostiek (laboratorium onderzoek, functieonderzoek, beeldvormend onderzoek) verricht op verzoek van de huisarts. Voor diagnostiek geldt dit niet voor die zorgaanbieders die dit al onder de beleidsregel ‘Innovatie ten behoeve van nieuwe zorgprestaties’ binnen hun zorgprestatie hebben opgenomen
– Geneesmiddelenzorg. Geneesmiddelen verstrekt binnen een programmatische aanpak van zorg bij het Stoppen met Roken vallen wel onder de prestatiebeschrijving
– Hulpmiddelenzorg.

3.1.1 Prestatie Multidisciplinaire zorg DM2/VRM

Voor een uitvoerigere begripsbepaling wordt verwezen naar de Beleidsregel ‘Huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg’.

3.1.2 Prestatie Multidisciplinaire zorg COPD/Astma

Voor een uitvoerigere begripsbepaling wordt verwezen naar de Beleidsregel ‘Huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg’.

Artikel 4 Declaratie

4.2 Declaratiewijze zorg vallende binnen de te verzekeren prestaties Zvw en zorg vallende buiten de te verzekeren prestaties Zvw[3]

Alleen de kosten voor zorg welke binnen het verzekerde pakket valt kunnen ten laste van de zorgverzekeringswet worden gebracht.

Zorgonderdelen van een onder 3.1 beschreven prestatie die onder de verzekerde aanspraak op grond

[3] In het rapport van CVZ ‘Zorgstandaarden, ketenzorg in de eerste lijn en de te verzekeren prestaties Zvw’ is meer duidelijkheid gegeven welke zorg te verzekeren prestaties betreffen en welke niet.

van de Zorgverzekeringswet vallen en zorgonderdelen die daarbuiten vallen, vallen beiden onder het vrije tarief.

4.3 Declaratie door hoofdcontractant

In het artikel staat aangeven welke onderdelen tenminste in de overeenkomst moeten zijn opgenomen. Dit betekent dat de hoofdcontractant en ziektekostenverzekeraar vrij zijn extra afspraken, zoals tarief- en prestatieafspraken en bepalingen, in de overeenkomst op te nemen.
Indien geen overeenkomst aanwezig is met de ziektekostenverzekeraar voor de desbetreffende patiënt, kan de zorgverlening alleen middels de reguliere tarieven (consulten, zittingen, etc.) in rekening worden gebracht.

Noch ziektekostenverzekeraars, noch aanbieders zijn verplicht om gebruik te maken van de mogelijkheid om prestaties ketenzorg te contracteren of aan te bieden.

Artikel 5 Declaratiebepalingen betreffende samenloop

5.1 Samenloop met de eerstelijns zorg

Dit betekent dat zorg welke in het kader van de prestatie door bijvoorbeeld huisartsen, diëtisten of elke andere zorgaanbieders wordt geleverd, niet separaat als consult, zitting of losse verrichting wordt gedeclareerd aan de ziektekostenverzekeraar. Dit geldt ook voor generieke modules die op basis van de Zorgstandaard deel uitmaken van de ketenzorg.
De NZa benadrukt dat ziektekostenverzekeraars en zorgaanbieders verantwoordelijk zijn voor het vermijden van deze vorm van dubbele bekostiging met name door patiënten goed voor te lichten.
Als de hoofdcontractant en ziektekostenverzekeraars afspraken maken over het aantal consulten dat in rekening gebracht mag worden, kunnen de consulten die dit aantal overschrijden niet alsnog onder een andere beleidsregel gedeclareerd worden aan de ziektekostenverzekeraar.

5.2 Samenloop met innovatiemogelijkheden of eenzelfde soort prestatie

De genoemde beleidsregels kunnen niet naast de onderhavige prestatie gedeclareerd worden omdat ze als gelijkwaardig aan of als onderdeel van de prestatie gezien kunnen worden.

5.3 Multimorbiditeit bij multidisciplinaire zorgverlening chronische aandoeningen

De hoofdcontractant en de ziektekostenverzekeraar nemen in hun overeenkomst op welke medisch-specialistische zorg onderdeel uitmaakt van de prestatie. Dit heeft als doel te voorkomen dat deze zorg separaat als medisch-specialistisch DBC-zorgproduct wordt gedeclareerd.
De NZa benadrukt dat ziektekostenverzekeraars en zorgaanbieders verantwoordelijk zijn voor het vermijden van deze vorm van dubbele bekostiging.

De zorgaanbieder en ziektekostenverzekeraar nemen in hun overeenkomst op dat poliklinische DBC-zorgproducten (inclusief de enkelvoudige consulten) betreffende dezelfde aandoening in principe niet bij dezelfde patiënt naast de onderhavige prestaties mogen worden gedeclareerd. Voor de prestatie Multidisciplinaire zorg DM2/VRM geldt dat ook voor de oogheelkundige screening op DRP. Overigens kunnen de oogheelkundige DBC-zorgproducten indien DRP (diabetische retinopathie) is geconstateerd, en de heelkundige zorg betreffende de diabetische voet (diabetische voet (diabetes n.n.o., niet nader omschreven)) naast de onderhavige keten prestatie worden gedeclareerd.

Voor samenloop tussen de ketens COPD, VRM, DM type 2 en Astma benadrukt de NZa dat ziektekostenverzekeraars en zorgaanbieders bij de onderhandelingen rekening dienen te houden met eventuele overlap in zorgaanbod. Het is dan ook aan deze onderhandelende partijen om hier in de prijsafspraken rekening mee te houden en op deze manier dubbele bekostiging te vermijden.

Het is op uitdrukkelijk verzoek van het ministerie van VWS (brief van 12 oktober 2011, kenmerk VGP/3085997) dat de in principe integraal in te kopen, te leveren en te declareren gedragsmatige ondersteuning bij het stoppen met roken naast prestaties voor multidisciplinaire zorgverlening kan worden ingekocht, geleverd en gedeclareerd.

Artikel 6

Administratievoorschriften

Artikel 6.1

Er komt een evaluatie moment van de integrale bekostiging van de multidisciplinaire zorg voor chronische aandoeningen DM2, CVR, COPD en Astma. In deze evaluatie wordt getoetst of het doel van de nadere regel wordt bereikt en of deze bekostiging bijdraagt aan de toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit van de zorg. Om deze evaluatie te kunnen uitvoeren, gelden de hier genoemde administratievoorschriften. Deze zijn wat betreft de chronische aandoeningen gebaseerd op de landelijke benchmark ketenzorg, een gezamenlijk initiatief van InEen en Zorgverzekeraars Nederland.

De indicatoren die worden gebruikt voor de landelijke benchmark zijn inhoudelijk gebaseerd op de richtlijnen en kunnen worden opgeleverd omdat de registraties uit de kernsets passen bij de aanbevelingen uit de richtlijnen en bij de indicatoren. De kernsets zijn uniforme registraties die het NHG samen met andere relevante partijen heeft geformuleerd (kijk op https://www.nhg.org/themas/artikelen/kernsets-cardiometabole-aandoeningen-en-copdastma).

Artikel 6.2

De NZa heeft in de rapportage ‘Onderzoek zorgfraude: Tussenrapport NZa’ (december 2013) geconstateerd dat binnen de huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg een risico bestaat op dubbele bekostiging indien patiëntcontacten in het kader van multidisciplinaire zorg zowel via het integrale tarief hiervoor als via huisartsconsulten in rekening worden gebracht. De registratieverplichting van dit artikel heeft als doel dit risico te verkleinen en is aangekondigd in het advies ‘Bekostiging huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg’ van februari 2014.

Aanbieders van multidisciplinaire zorg (hoofdcontractanten) kunnen op verschillende manieren aan de registratieverplichting voldoen; twee hiervan zijn:
– Het keteninformatiesysteem zo inrichten dat het de benodigde gegevens uit het huisartseninformatiesysteem overneemt.
– Een bepaling in hun contract met aangesloten zorgaanbieders opnemen dat deze verplicht zijn hun contactmomenten te registreren en deze bij materiële controle aan de hoofdcontractant te overleggen.

Artikel 7.

Transparantievoorschriften

Artikel 7.1.1 Verplichting zorgaanbieder

Met de inhoud van de prestatie wordt de zorg bedoeld die de zorgaanbieder aanbiedt aan patiënten met een chronische aandoening.
De zorgstandaard van de betreffende chronische aandoeningen beschrijft de inhoud van goede zorg. Het is echter aan de zorgaanbieders hoe ze deze zorg aanbieden. Dit kan en mag verschillen bij de verschillende zorgaanbieders. Naast de uniformiteit in structuur bestaat er dus vrijheid in invulling om tegemoet te komen aan de lokale situatie en eventuele innovatieve initiatieven. De lokale optimalisatie/best practice kan zo ontwikkeld worden. Met deze verplichting moet de zorgaanbieder aangeven hoe zij invulling geven aan de zorg naar aanleiding van de zorgstandaard zodat de consument de verschillende zorgaanbieders kan vergelijken.

Voorbeelden hiervan zijn de indicatie van de hoeveelheid zorg die geboden wordt, welke zorgaanbieders welke zorg leveren, welke contactvormen gehanteerd worden en hoe de organisatie rond de zorgprestatie wordt geregeld. Voor dit laatste kan de zorgaanbieder nader uitwerking geven aan de organisatiestructuur en de kwaliteitscyclus zoals dat voor de levering van zijn zorg geldt.

Een indicatie van de hoeveelheid zorg komt neer op het aantal contactmomenten, de duur van die contact momenten en de spreiding. Omdat dit voor elke patiënt verschillend is, wordt niet verwacht dat dit heel nauwkeurig is, maar dat er een gemiddelde wordt gebruikt zodat de consument de indicatie kan gebruiken om te vergelijken met andere zorgaanbieders.

Het aangeven van het type behandelaar is een punt waarop prestaties kunnen verschillen. Voor patiënten kan het bijvoorbeeld van belang zijn om te weten of de diëtiek wordt geleverd door een diëtist of door de praktijkondersteuner.

De te hanteren contactvormen is een ander vergelijkingspunt. De zorgaanbieder geeft aan in welke vormen de verschillende componenten van zorg worden geboden. Te denken valt aan één-op-één-contacten, groepsessies, e-health, etc.

Ook de organisatie rond de zorgprestatie is een vergelijkingspunt. Te denken valt aan het opzetten van het zorgplan. De zorgaanbieder geeft dan aan dat hij/zij met de patiënt in overleg een individueel zorgplan samenstelt. Ook moet de procedure van het opstellen van dit plan naar boven komen. De patiënt moet weten hoe de invulling van zijn zorgplan eruit ziet en hoe dit tot stand komt: welke zorgaanbieder heeft invloed op welk deel van het zorgplan, etc. De bij de aandoening horende patiëntenversie van de zorgstandaard kan gebruikt worden om duidelijk te maken welke zorg nodig is. Andere vormen van organisatie zijn het plannen van afspraken op één dag, de overleggen tussen verschillende disciplines etc.

Artikel 7.2.1. Verplichting ziektekostenverzekeraar

Voor de onder artikel 3.1 bedoelde zorg geldt een vrij tarief. De prijs door de patiënt te betalen kan dus per zorgprestatie verschillen.

Omdat niet alle onderdelen van de zorgstandaarden verzekerde prestaties betreffen is het van belang voor de patiënt wat de niet verzekerde prestaties zijn en of deze al of niet vallen onder de aanvullende verzekeringen.

Artikel 7.2.2 Voorwaarden ziektekostenverzekeraar

Een onderdeel van het weergeven van actuele prijzen is dat de prijs bij begin van de prestatie vaststaat voor de duur van het betreffende kalenderjaar.